



**KETENZORG**  
WEST-FRIESLAND

# Scholing 'Atriumfibrilleren één jaar in de keten'

Is verbonden met



# Welkom!

- |                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. Na 1 jaar            | Kaderhuisarts            |
| 2. Wat is nieuw         | Cardioloog               |
| 3. ECG in eerste lijn   | Kaderhuisarts            |
| 4. Workshop auscultatie | Iedereen                 |
| 5. Pauze                | 19h00-19h15              |
| 6. Casuïstiek           | Cardioloog/kaderhuisarts |
| 7. Leefstijl            | AF-verpleegkundige       |
| 8. Consultatie          | Kaderhuisarts            |

# Na 1 jaar

- 2 Nascholingen
- Prevalentie AF 2,5% > 2,9%
- Toename HVZ keten met 1000 patiënten
- Terugverwijzing uit 2<sup>e</sup> lijn 200 patiënten
- Ongeveer 3100 AF-patiënten in 1<sup>e</sup> lijn
- Registratie matig, hoe verder?
- Registratie set AF

# Controles

## Controles door de Praktijkondersteuner

### Stabiele fase

Controleer de patiënt bij een stabiele instelling in ieder geval jaarlijks:

- Klachten van AF of aanwijzingen voor hartfalen.
- CHA2DS2VASc-score bij patiënten zonder antistolling.
- Controleer bij DOAC-gebruik jaarlijks de eGFR en vaker bij verminderde nierfunctie of verslechtering.
- Pas bij verslechtering van de nierfunctie de dosis aan (zie tabel).
- Controleer bij digoxinegebruik jaarlijks de eGFR en kalium.
- Auscultatie hart: doel van de auscultatie is het meten van de hartfrequentie.
- Bloeddruk handmatig of oscillometrisch. Neem het gemiddelde van 3 metingen.
- Persoonlijke doelen evalueren, hierbij advies geven en samen individueel zorgplan opstellen/bijstellen.
- Overleg huisarts:
  - frequentie >110;
  - klachten AF;
  - aanwijzingen voor hartfalen;
  - afwijkend lab;
  - onvoldoende therapietrouw;
  - verandering in CHA2D2VASc score waardoor antistolling noodzakelijk wordt.

Overleg zo nodig met de Cardioloog via Secretariaat bereikbaar (SecretariaatCardiologie@westfriesgasthuis.nl), kaderhuisarts HVZ

(BvanOostendorp@ketenzorgwf.nl) of Verpleegkundig specialist AF poli DLZ (atriumfibrilleren@westfriesgasthuis.nl. Tel. 0229-855483 di-wo: 14:30 – 15:30).

# Voorlichting

## Voorlichting

- Geef uitleg over de aandoening en het te verwachten beloop.
- Bespreek uitlokkende factoren.
- Leg uit dat medicatie voor verlaging van de hartfrequentie zinvol is.
- Geef het belang aan van antitrombotische medicatie.
- Leg uit wat de verschijnselen zijn van CVA, TIA en perifere trombo-embolie en instrueer de patiënt direct contact op te nemen met de huisarts wanneer deze verschijnselen zich voordoen.
- Bespreek bij AF met frequente aanvallen met klachten de mogelijkheden om de aanvalsfrequentie te verminderen.
- Adviseer patiënten om contact op te nemen bij braken, diarree en/of intercurrente infecties; door een (tijdelijk) verminderde nierfunctie kan aanpassing van de dosering van orale anticoagulantia noodzakelijk zijn. Dit geldt vooral voor DOAC's, waarbij immers regelmatige controles van de stolling ontbreken.
- Bespreken algemeen welbevinden, gezondheid en leefstijl.
- Bespreek de noodzaak van therapietrouw en periodieke controle.



KETENZORG

# BEHANDELRICHTLIJNEN

Hieronder vind u een overzicht met richtlijnen Ketenzorg West-Friesland

- [Behandelrichtlijn DM](#)
- [Behandelrichtlijn CNS](#)
- [Richtlijn Risicoprofilering](#)
- [Richtlijn verhoogde bloeddruk](#)
- [Richtlijn Verhoogd LDL](#)
- [Behandelrichtlijn Atriumfibrileren](#)

 Zoeken

## LAATSTE NIEUWS >

### Preferentiebeleid van verzekeraars en herhaalrecepten

04 jan 2021 COPD DIABETES



Preferentiebeleid van verzeke  
herhaalrecepten In 2021 zijn  
aantal patenten van... [Lees ve](#)

# RTA Atriumfibrilleren

- Atriumfibrilleren- Afspraken cardiologie Dijklander ziekenhuis en Ketenzorg West-Friesland ([ketenzorgwf.nl](http://ketenzorgwf.nl))



**DIJKLANDER**  
**ZIEKENHUIS**

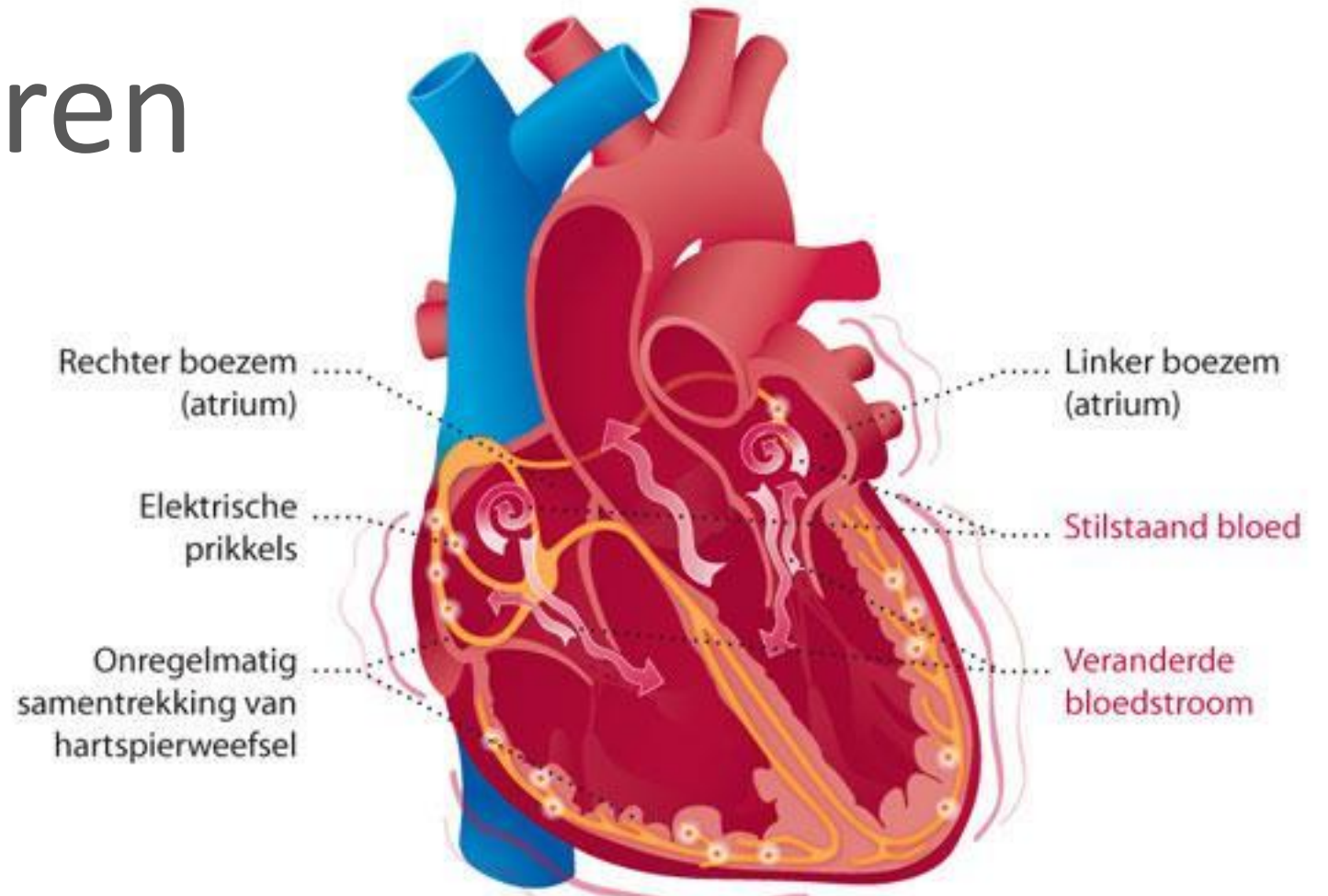
ESC richtlijnen 2020  
Jacobijne Wiersma



# ATRIUMFIBRILLEREN.. FACTS

# atriumfibrilleren

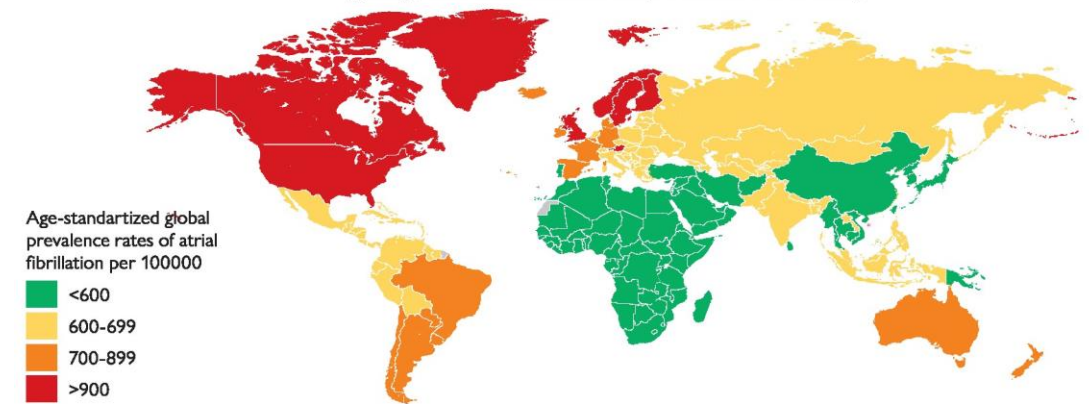
- Ongecoördineerde boezemactiviteit
- Niet effectieve boezemcontracties
- Onregelmatige kamercontracties



# epidemiologie

- > 55 jaar 1:3 ooit AF
- 2-4% van alle volwassenen en > 60 jaar 5.5% prevalentie
- Mannen > vrouwen
- 43,6 miljoen mensen
- Risicofactoren >>

GLOBAL PREVALENCE OF AF (globally, 43.6 million individuals had prevalent AF/AFL in 2016)



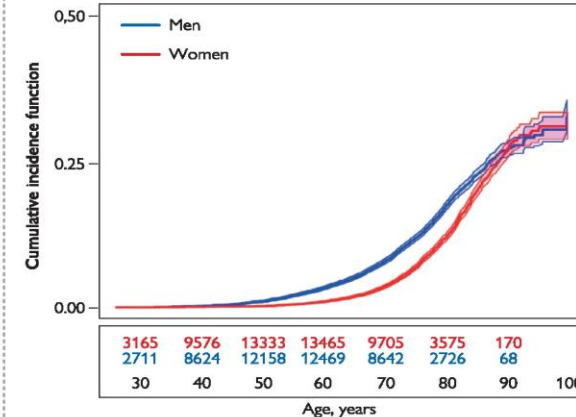
## LIFETIME RISK for AF 1 in 3 individuals



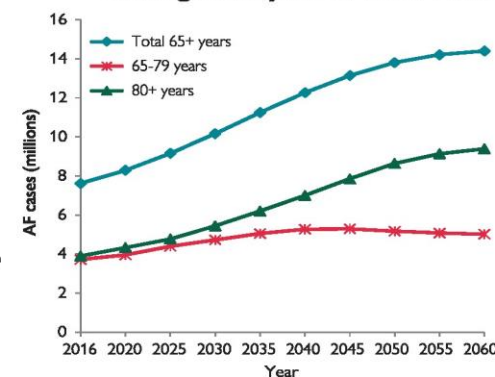
of European ancestry  
at index age of 55 years  
37.0% (34.3% to 39.6%)

## AF is more common in males

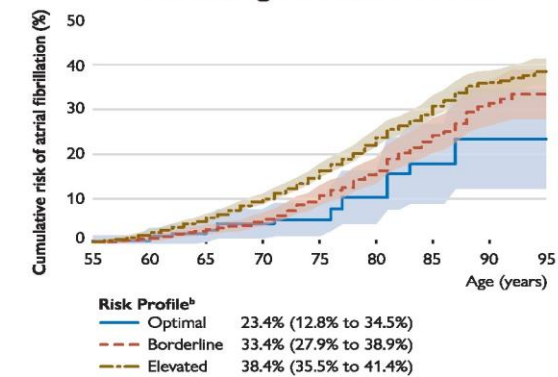
Cumulative incidence curves and 95% CIs for AF in women and men with death as a competing risk



## Projected increase in AF prevalence among elderly in EU 2016-2060



## Lifetime risk of AF increases with increasing risk factor burden<sup>a</sup>



# definitie

- Eerste aanval AF
  - Paroxysmaal AF (< 7 dgn)
  - Persisterend AF (> 7 dgn)
  - Lang persisterend AF ( 1 jr)
  - Permanent AF
- 
- 'lone' AF, valvulair AF en chronisch AF zijn verlaten

# definitie

- Subklinisch AF
- AHRE (atrial high rate episode)

# symptomen

- Vaak geen klachten (mn ouderen)
- Niet altijd klachten bij een aanval
- Kortademigheid
- Verminderde inspanningstolerantie
- Hartkloppingen
- Duizeligheid - wegrakingen
- Gejaagdheid/ onrust
- Druk op de borst
- TIA /CVA

## Clinical Presentation



Asymptomatic or Silent (!)



Symptomatic

**Palpitations, dyspnoea, fatigue,**

Chest tightness/pain, poor effort tolerance, dizziness, syncope, disordered sleep, etc.

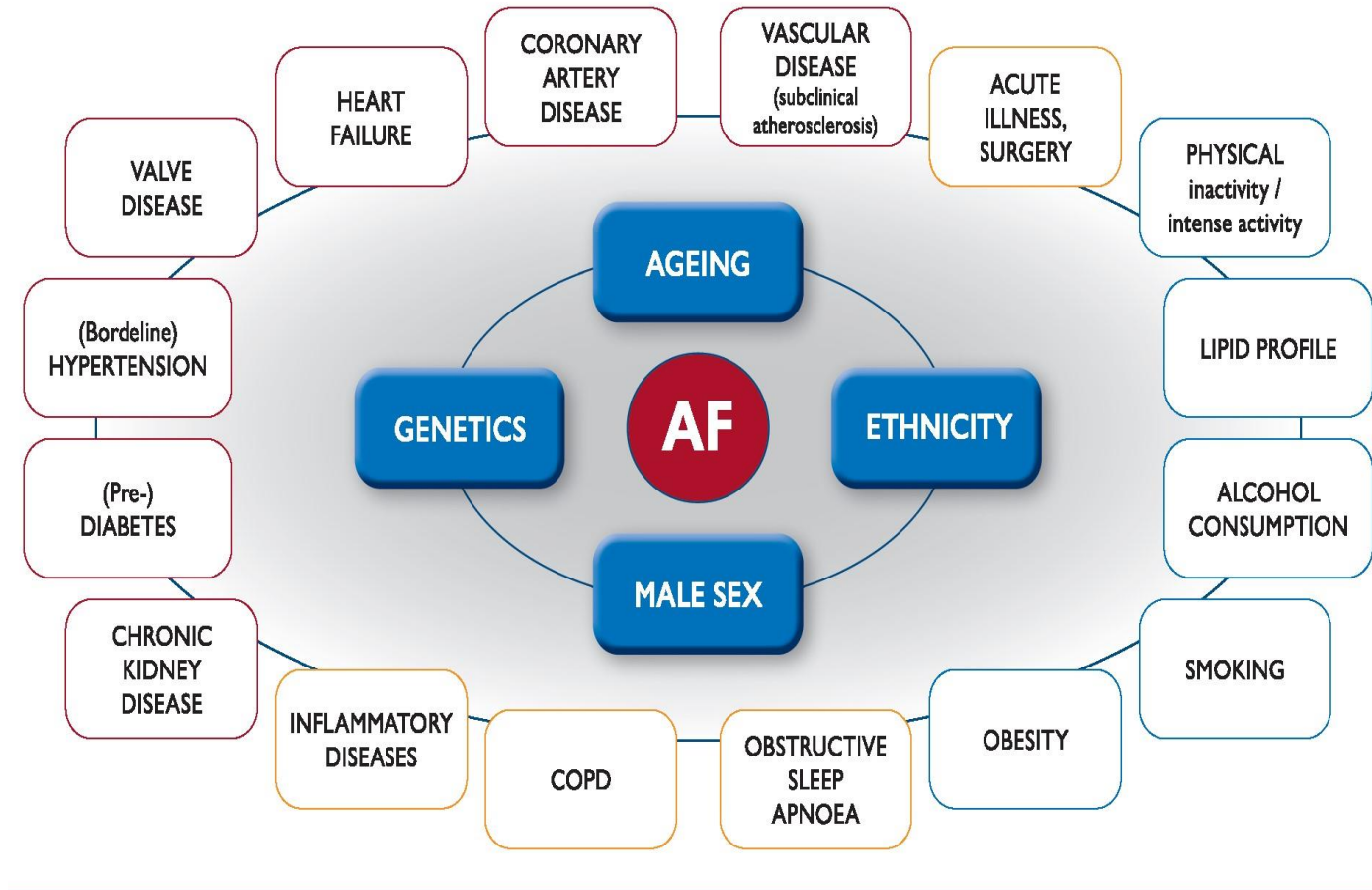
**Haemodynamically unstable**

- Syncope
- Symptomatic hypotension
- Acute HF, pulmonary oedema
- Ongoing myocardial ischaemia
- Cardiogenic shock

**Haemodynamically stable**

# oorzaken








- Hartklepafwijkingen
- Hartfalen
- Hypertensie
- Diabetes mellitus , lipiden
- Ischemische hartziekten
- (hart)-operatie
- Hyperthyreoidie, anemie
- Obesitas
- Alcohol
- Slaap-apnoe
- Koorts, koffie, drugs, eten, medicijnen, stress, inspanning



# complicaties

- CVA 20-30% → 10% cryptogene CVA
- Hartfalen 20-30%
- Secundaire ischemie
- Opnames / EHH / ECV 10-40%
- Kwaliteit van leven > 60%
- Depressie 16-20%
- Vasculaire dementie
- Dood

## AF-related OUTCOMES

AF-Related Outcome	Frequency in AF	Mechanism(s)
<b>Death</b> 	1.5 - 3.5 fold increase	Excess mortality related to: <ul style="list-style-type: none"> <li>• HF, comorbidities</li> <li>• Stroke</li> </ul>
<b>Stroke</b> 	20-30% of all ischaemic strokes, 10% of cryptogenic strokes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardioembolic, or</li> <li>• Related to comorbid vascular atheroma</li> </ul>
<b>LV dysfunction / Heart failure</b> 	In 20-30% of AF patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excessive ventricular rate</li> <li>• Irregular ventricular contractions</li> <li>• A primary underlying cause of AF</li> </ul>
<b>Cognitive decline / Vascular dementia</b> 	HR 1.4 / 1.6 (irrespective of stroke history)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brain white matter lesions, inflammation,</li> <li>• Hypoperfusion,</li> <li>• Micro-embolism</li> </ul>
<b>Depression</b> 	Depression in 16-20% (even suicidal ideation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Severe symptoms and decreased QoL</li> <li>• Drug side effects</li> </ul>
<b>Impaired quality of life</b> 	>60% of patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Related to AF burden, comorbidities, psychological functioning and medication</li> <li>• Distressed personality type</li> </ul>
<b>Hospitalizations</b> 	10-40% annual hospitalization rate	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AF management, related to HF, MI or AF related symptoms</li> <li>• Treatment-associated complications</li> </ul>



# CHADSVASC

Letter	Kenmerk	score
C	Hartfalen (Congestive heartfaillure)	1
H A <sub>2</sub> D	Hypertensie	1
	Leeftijd > 75 (Age)	2
	Diabetes mellitus	1
S <sub>2</sub>	CVA, TIA, VTE (Stroke)	2
V	Vaatlijden	1
A	Leeftijd 65-75 (Age)	1
S <sub>c</sub>	Vrouwelijk geslacht (seks category)	1*

# ESC GUIDELINES

# 'major changes'

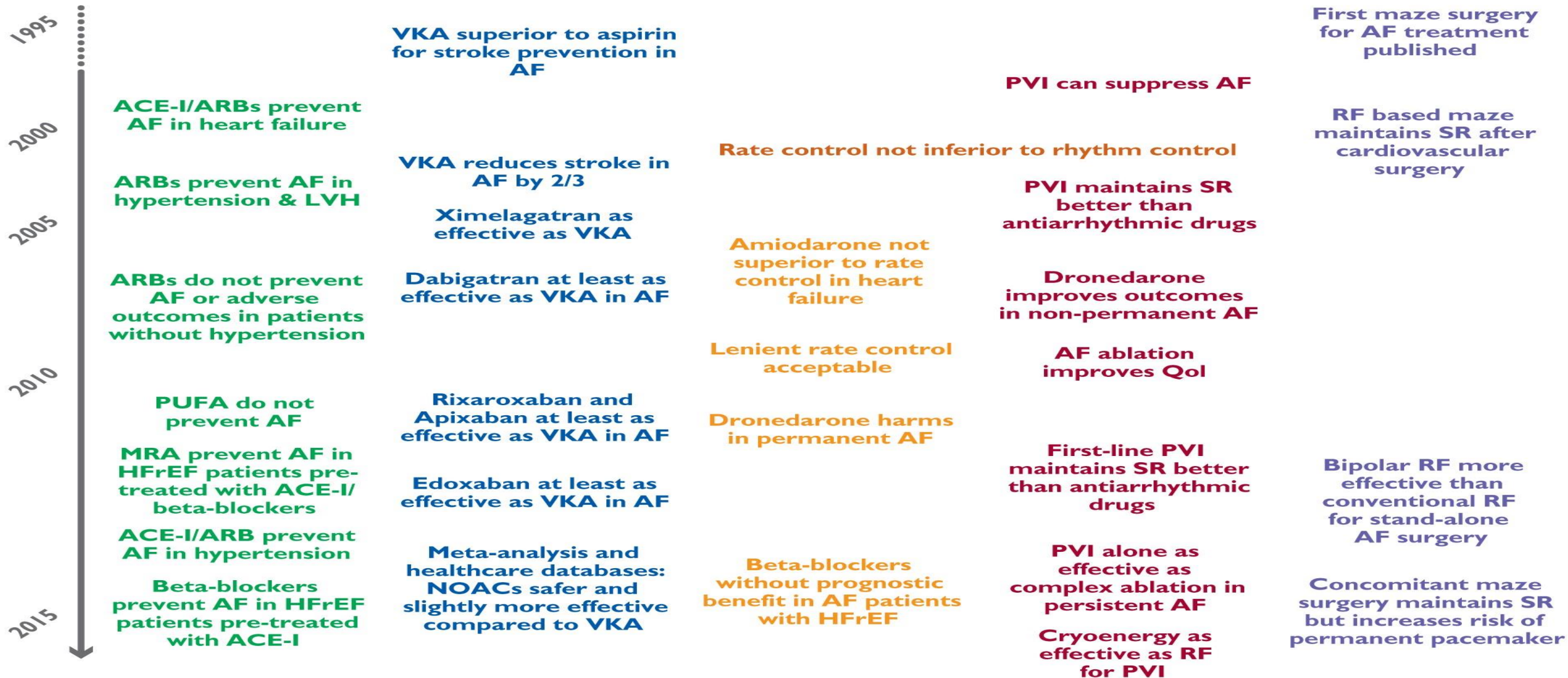
- Internet / smartphones / streaming
- Zelfrijdende auto's
- Klimaat
- Black life / bankencrisis / 9/11
- St Jan → WFG → Dijklander
- ESC 2010 / 2012 / 2016 / 2020



# 2020 'ESC guidelines'

- Samenwerking van de ESC (European Society of Cardiology), de EACTS (European Association for Cardio-thoracic Surgery) en de EHRA (European heart Rhythm association)
- +/- 30 auteurs
- 5 nederlanders
- 128 pagina's..

# Wat hebben ze al onderzocht



# belangrijkste veranderingen tot 2016

- Antistolling: Ascal → vit K antagonisten → DOAC
- .. → CHADS → CHADSVASC
- Rate of rhythm control
- Invasieve therapie (percutane ablatie/ chirurgische ablatie / hartoor sluiten
- Gestructureerde multidisciplinaire zorg



Recommendations about integrated AF management			
2020	Class <sup>a</sup>	2016	Class <sup>a</sup>
<p>To optimize shared decision making about specific AF treatment option(s) in consideration, it is recommended that:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Physicians inform the patient about advantages/limitations and benefit/risks associated with considered treatment option(s); and</li> <li>Discuss the potential burden of the treatment with the patient and include the patient's perception of treatment burden in the treatment decision.</li> </ul>	I	Placing patients in a central role in decision making should be considered in order to tailor management to patient preferences and improve adherence to long-term therapy	IIa
<b>Recommendations for the prevention of thrombo-embolic events in AF</b>			
<p>For bleeding risk assessment, a formal structured risk-score-based bleeding risk assessment is recommended to help identify non-modifiable and address modifiable bleeding risk factors in all AF patients, and to identify patients potentially at high risk of bleeding who should be scheduled for early and more frequent clinical review and follow-up.</p>	I	Bleeding risk scores should be considered in AF patients on oral anticoagulation to identify modifiable risk factors for major bleeding.	IIa
<p>In patients on VKAs with low time in INR therapeutic range (e.g. TTR &lt; 70%), recommended options are:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Switching to a NOAC but ensuring good adherence and persistence with therapy; or</li> <li>Efforts to improve TTR (e.g. education/counselling and more frequent INR checks).</li> </ul>	I IIa	AF patients already on treatment with a VKAs may be considered for NOAC treatment if TTR is not well controlled despite good adherence, or if patient preference without contraindications to NOAC (e.g. prosthetic valve).	IIa
<b>Recommendations for rhythm control/catheter ablation of AF</b>			
<i>AF catheter ablation after drug therapy failure</i>			
<p>AF catheter ablation for PVI is recommended for rhythm control after one failed or intolerant class I or III AAD, to improve symptoms of AF recurrences in patients with:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Paroxysmal AF, or</li> <li>Persistent AF without major risk factors for AF recurrence, or</li> <li>Persistent AF with major risk factors for AF recurrence.</li> </ul>	I	Catheter or surgical ablation should be considered in patients with symptomatic persistent AF who are intolerant to AAD therapy or who prefer a more definitive choice, if the benefits are expected to outweigh the risks.	IIa
<b>Recommendations for postoperative AF</b>			
<p>Long-term OAC therapy to prevent thrombo-embolic events may be considered in patients at risk for stroke after cardiac surgery, considering individual patient characteristics and bleeding risk.</p>		Oral anticoagulation should be considered in patients with AF who undergo cardiac surgery at risk for stroke, considering individual patient characteristics and bleeding risk.	IIa

<b>First-line therapy</b>			
<p>AF catheter ablation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Is recommended to reverse LV dysfunction in AF patients when tachycardia-induced cardiomyopathy is highly probable, independent of their symptom status.</li> <li>Should be considered in selected AF patients with HFrEF to improve survival and reduce HF hospitalization.</li> </ul>	I IIa	AF ablation should be considered in symptomatic patients with AF and HFrEF to improve symptoms and cardiac function when tachycardia-induced cardiomyopathy is suspected.	IIa
<b>Techniques and technologies</b>			
<p>Complete electrical isolation of the pulmonary veins is recommended during all AF catheter-ablation procedures.</p> <p>If patient has a history of CTI-dependent atrial flutter or atrial flutter is induced at the time of AF ablation, cryothermal ablation of CTI should be considered to prevent recurrence of an AF ablation procedure if documented during the AF ablation.</p>	I	Complete electrical isolation of the pulmonary veins is recommended during all AF catheter-ablation procedures. Cryothermal ablation of CTI should be considered to prevent recurrence of an AF ablation procedure if documented during the AF ablation.	IIa
<b>Lifestyle modification and other strategies</b>			
<p>Weight loss is recommended in obese patients with AF, especially those who are being treated with oral anticoagulation. Other risk factors should be considered to reduce AF burden and symptoms.</p>	I	Weight loss is recommended in obese patients with AF, especially those who are being treated with oral anticoagulation. Other risk factors should be considered to reduce AF burden and symptoms.	IIa
<b>Recommendations for anticoagulation and cardioversion</b>			
<p>In patients with AF who are receiving oral anticoagulation as warfarin, anticoagulation with heparin or a NOAC should be initiated as soon as possible before every cardioversion of AF or atrial flutter.</p>	I	Anticoagulation with heparin or a NOAC should be initiated as soon as possible before every cardioversion of AF or atrial flutter.	IIa
<b>Recommendations for management peri-catheter ablation</b>			
<p>Continuation of systemic anticoagulation beyond 2 weeks post ablation is based on the patient's stroke risk profile and not on the apparent success or failure of the ablation procedure.</p>	I	All patients should receive oral anticoagulation for at least 8 weeks after catheter ablation.	IIa
<b>Recommendations for long-term antiarrhythmic drugs</b>			
<p>Amiodarone is recommended for long-term rhythm control in all AF patients, including those with HFrEF. However, owing to its extracardiac toxicity, other AADs should be considered first whenever possible.</p>	I	Amiodarone is more effective in preventing AF recurrences than other AAD, but extracardiac toxic effects are common and increase with time. For this reason, other AAD should be considered first.	IIa
<b>Recommendations for lifestyle interventions and management of risk factors and concomitant diseases in patients with AF</b>			
<p>Attention to good BP control is recommended in AF patients with hypertension to reduce AF recurrences and risk of stroke and bleeding.</p>	I	BP control in anticoagulated patients with hypertension should be considered to reduce the risk of bleeding.	IIa
<p>Physical activity should be considered to help prevent AF incidence or recurrence, with the exception of excessive endurance exercise, which may promote AF.</p>	IIa	Moderate regular physical activity is recommended to prevent AF, while athletes should be counselled that long-lasting intense sports participation can promote AF.	I
<p>Optimal management of OSA may be considered, to reduce AF incidence, AF progression, AF recurrences, and symptoms.</p>	IIb	OSA treatment should be optimized to reduce AF recurrences and improve AF treatment results.	IIa
<b>Recommendations for stroke prevention in AF patients after ICH</b>			
<p>In AF patients at high risk of ischaemic stroke, (re-)initiation of OAC, with preference for NOACs over VKAs in NOAC-eligible patients, should be considered in consultation with a neurologist/stroke specialist after:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A trauma-related ICH</li> <li>Acute spontaneous ICH (which includes subdural, subarachnoid, or intracerebral haemorrhage), after careful consideration.</li> </ul>	IIa	After ICH oral anticoagulation in patients with AF may be reinitiated after 4–8 weeks provided the cause of bleeding or the relevant risk factor has been treated or controlled.	IIb

Aanpassing eerderre aanbevelingen



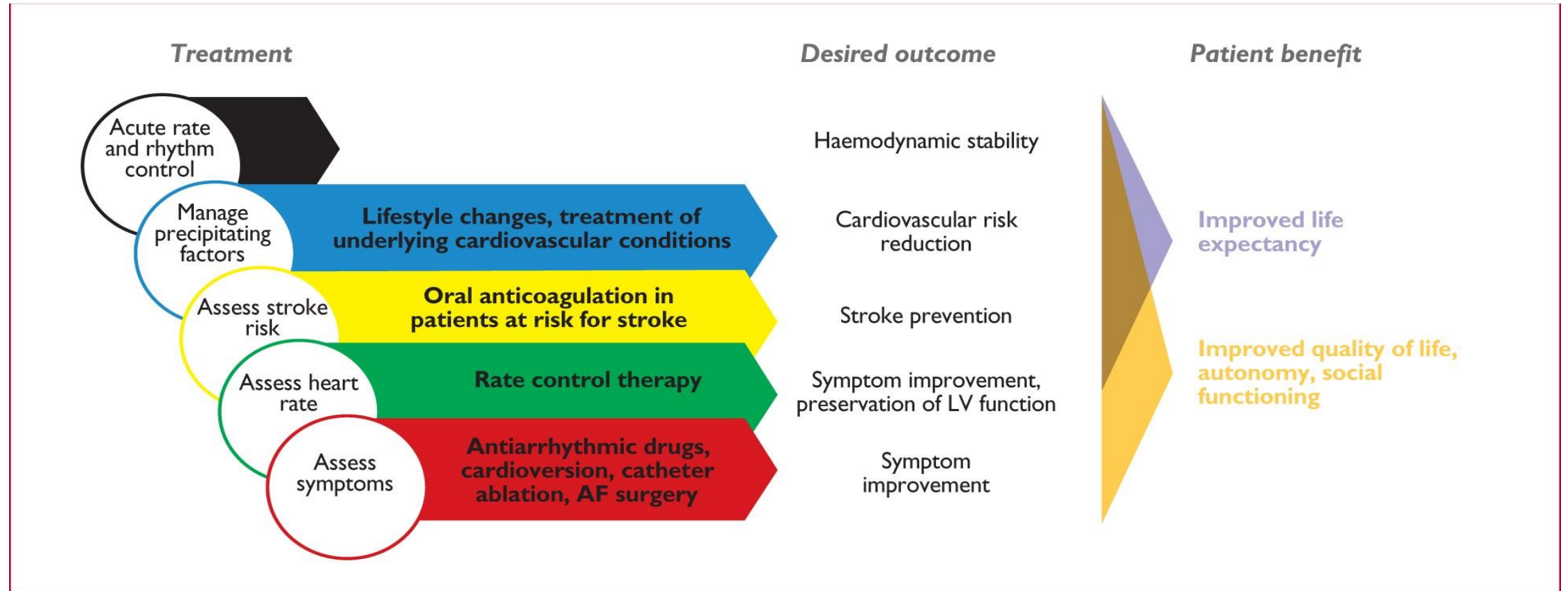
# STRUCTUUR – INDIVIDUEEL - MULTIDISCIPLINAIR

# geïntegreerde structurele aanpak

2016 'to facilitate an integrated structured approach to AF care and promote consistent, guideline-adherent management for all patients'

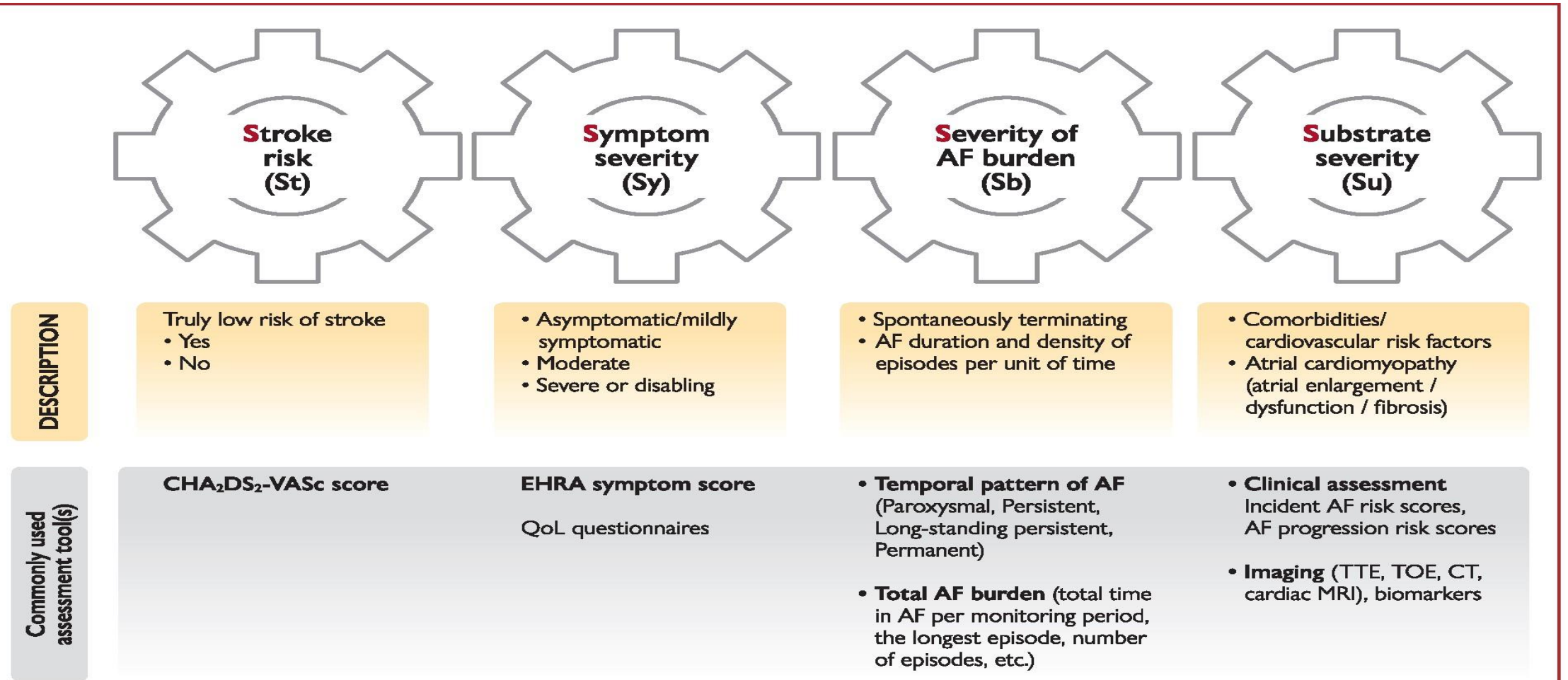
2020 'to further improve the structured management of AF patients, promote patient values, and finally improve patient outcomes'.

# geïntegreerde structurele aanpak 2016



AF = atrial fibrillation; LV = left ventricular.

# 2020 uniforme beschrijving van patiënt, '4S'



# beschrijving

- Patient met **paroxysmaal / persisterend / permanent** AF op basis van **hypertensie / ischemie / OSAS etcetc** met een CHADSVASC van ... en **EHRA 1-4** komt nu met een hernieuwde paroxysme / aanval uitgelokt door **koorts / hypertensie / covid vaccinatie etcetc**.

# EHRA symptoomscore

Score	Symptoms	Description
1	None	AF does not cause any symptoms
2a	Mild	Normal daily activity not affected by symptoms related to AF
2b	Moderate	Normal daily activity not affected by symptoms related to AF, but patiënt troubled by symptoms
3	Severe	Normal daily activity affected by symptoms related to AF
4	Disabling	Normal daily activity discontinued

# 2020 uniforme benadering van patiënt: 'ABC'

- Atrial fibrillation Better Care (ABC)
  - A: Anticoagulation/Avoid stroke
  - B: Better symptom management
  - C: Cardiovascular and Comorbidity optimization

structuur, samen beslissen, individueel, multidisciplinair

## INTEGRATED AF MANAGEMENT



**Patient-centred**

**Optimised stroke prevention**

**Symptom control with rate or rhythm control**

**Management of cardiovascular risk factors/comorbidities**

**Patient education/self-management**  
(including personal goals and/or action plan,  
exacerbation management)

**Healthcare professional education**

**Lifestyle modification**  
(i.e., smoking cessation, dietary intervention  
to lose weight, exercise)

**Psychosocial management**  
(cognitive behavioural therapy, stress management,  
other psychological assessment and/or treatment)

**Strategies to promote medication adherence**

**Multidisciplinary team approach**

Active participation and formation of teams of HCPs from different disciplines; integration of services, MDT meeting (as needed)

**Structured follow-up and clear communication between primary and secondary care**



# BEHANDELEN

# 'A' antistolling

- Bloedingsrisico
  - 2020: HAS BLED → > 3 vaker controle
- VKA of DOAC
  - 2020: indien < 70% target range switchen naar DOAC
- ECV
  - Therapietrouw rondom ECV benadrukken
  - > 24u AF → VKA/DOAC 4 weken na ECV

# HAS-BLED

<b>H</b>	• <b>Uncontrolled hypertension</b> SBP >160 mmHg	1
<b>A</b>	<b>Abnormal renal and/or hepatic function</b> Dialysis, transplant, serum creatinine >200 µmol/L, cirrhosis, bilirubin > × 2 upper limit of normal, AST/ALT/ALP >3 × upper limit of normal	1 point for each
<b>S</b>	• <b>Stroke</b> Previous ischaemic or haemorrhagic <sup>a</sup> stroke	1
<b>B</b>	• <b>Bleeding history or predisposition</b> Previous major haemorrhage or anaemia or severe thrombocytopenia	1
<b>L</b>	• <b>Labile INR<sup>b</sup></b> TTR <60% in patiënt receiving VKA	1
<b>E</b>	• <b>Elderly</b> Aged >65 years or extreme frailty	1
<b>D</b>	• <b>Drugs or excessive alcohol drinking</b> Concomitant use of antiplatelet or NSAID; and/or excessive <sup>c</sup> alcohol per week	

# Bloedingsrisico onder DOAC/ OAC

> 65 jr

Eerdere hevige bloeding

Ernstig nierfalen

Levercirrhose

maligniteit

Genetische factoren

Amyloid encephalopathie

eerdere bl CVA

Diabetes mellitus

Dementie ea

Frailty Anemie

Trombocytopenie

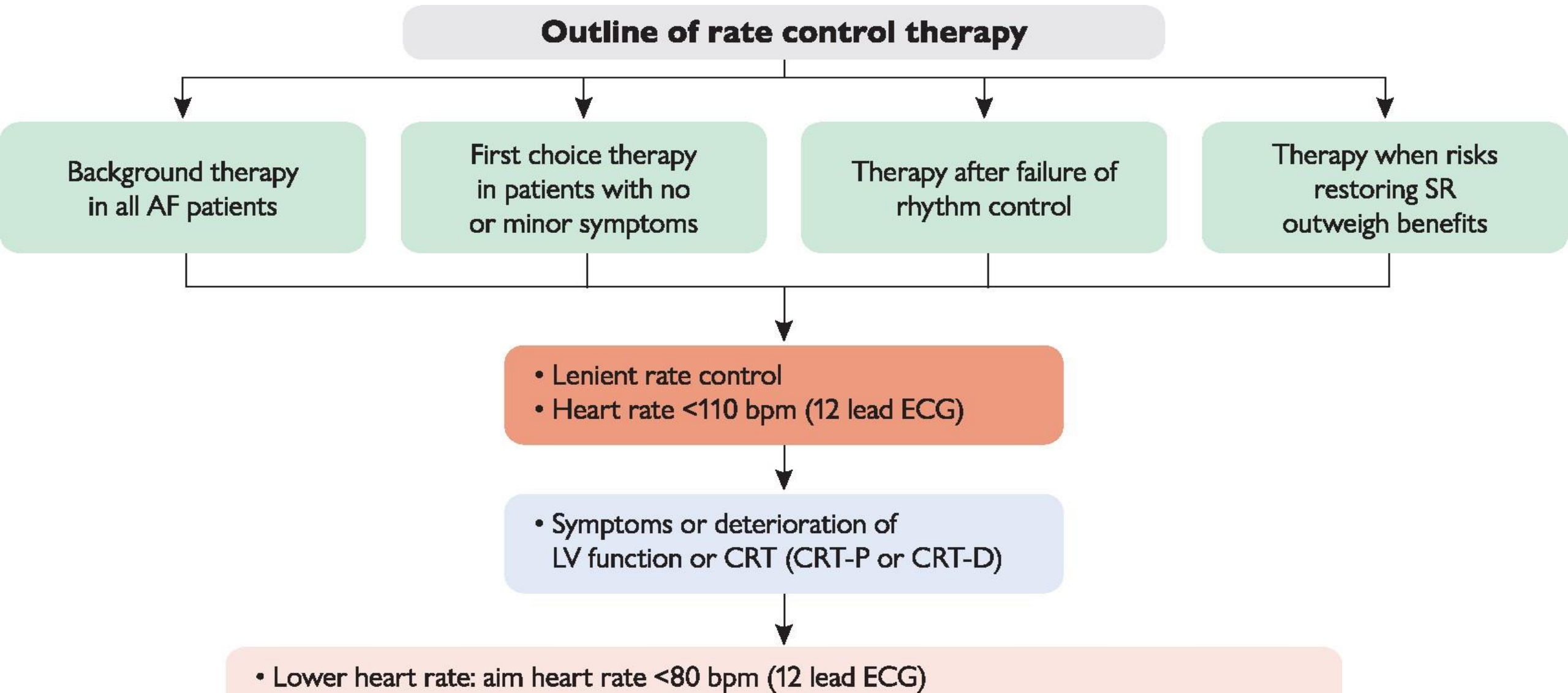
VKA instabiliteit

(> 200x vallen)

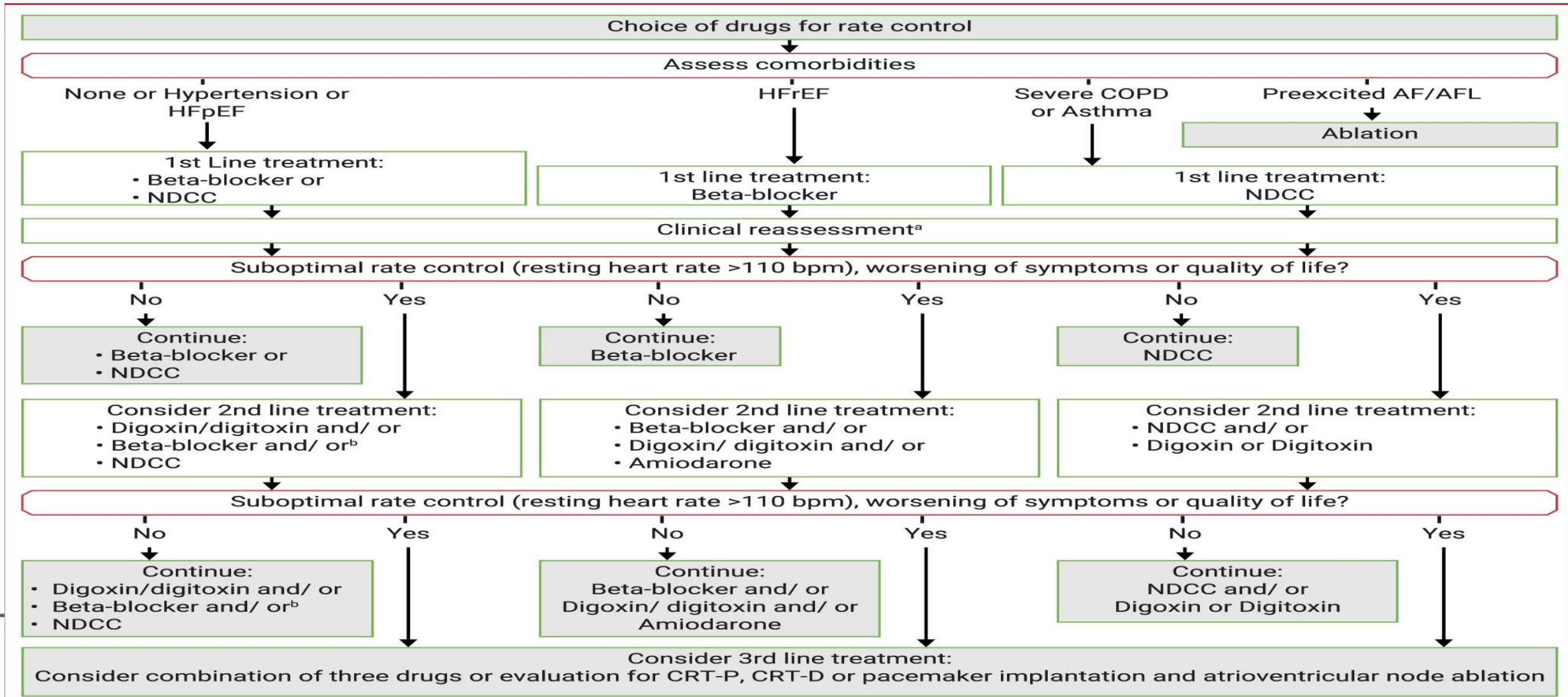
**Keiharde contra-indicaties: actief bloedverlies, trombo < 50, recent (2-4 weken bloederig CVA)**



# 'B' Rate control 2020



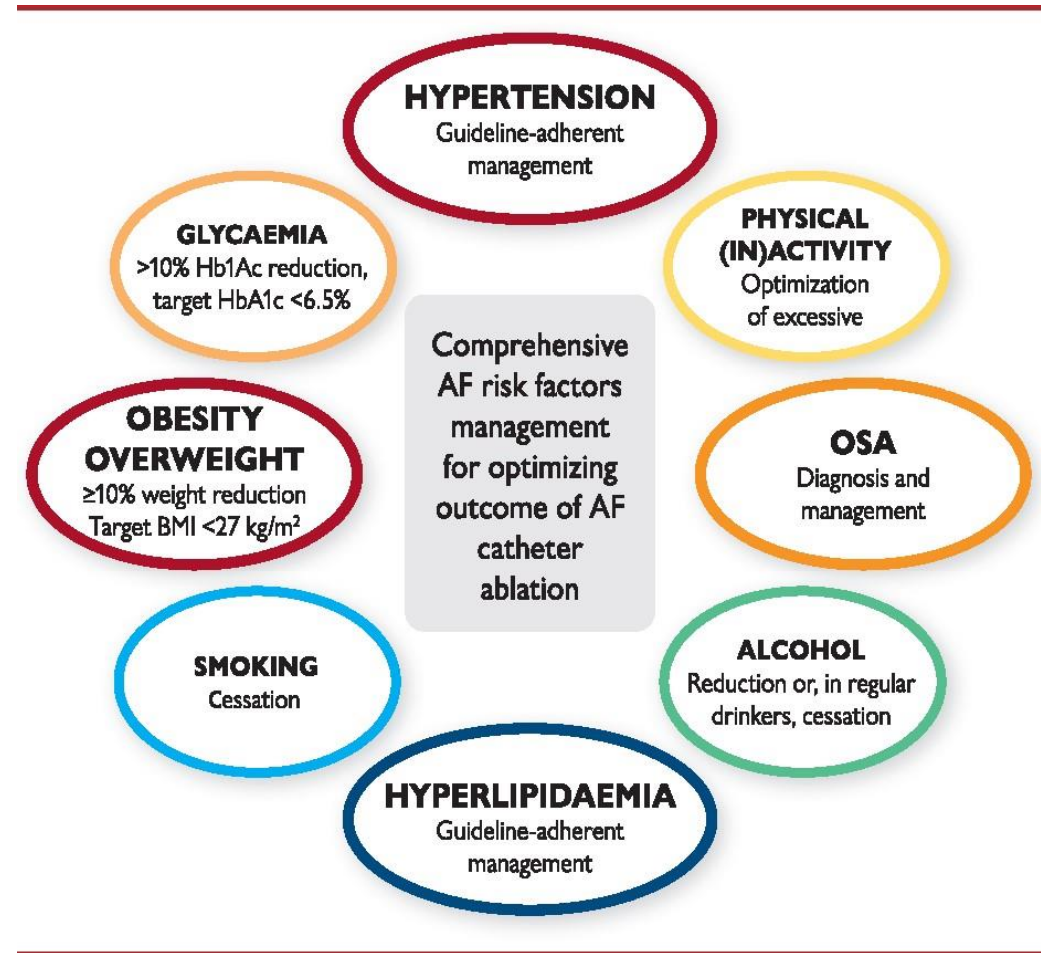
# Stapsgewijs rate control



# 'C' lifestyle

- Identificeren en proactief zoeken naar en behandelen van risicofactoren of onderliggende ziekten
- Lifestyle adviezen proactief geven
- Opportunistisch en/of systematisch screenen ouderen / hypertensie / CVA /OSAS

# 'C' lifestyle



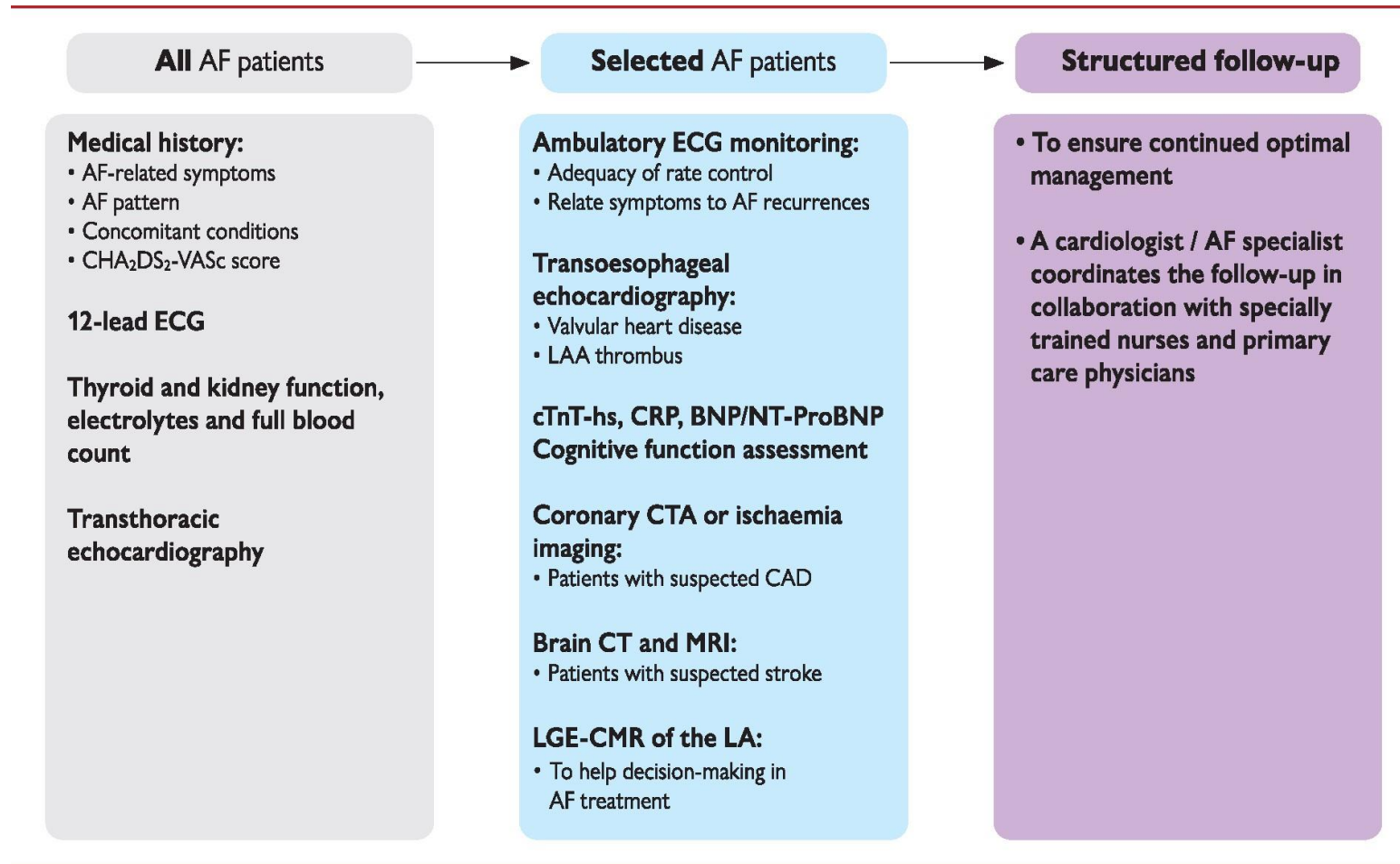
©ESC 2020



# 'C' co-morbiditeit

- ACS /infarct
- Hyperthyreodie
- Kleplijden
- DM
- etcetc

# Standaard approach

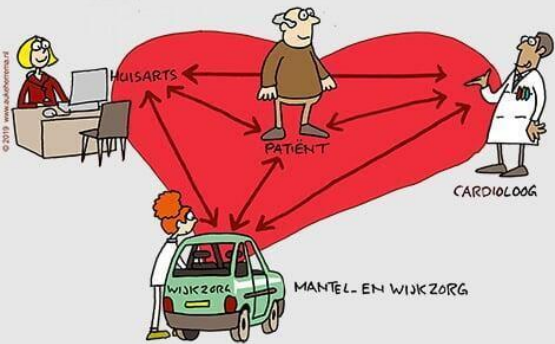


# TAKE HOME

- Meest voorkomende ritmestoornis
- Veel morbiditeit, ziektelast en medische kosten
- individuele zorg op de juiste plek en in samenspraak met de patiënt.

- Uniforme beschrijving van ziektebeeld
- Uniforme benadering van het ziektebeeld
- Actief begeleiden van slechte lifestyle
- Actief zoeken naar onderliggende ziekten
- Follow up en controle hartfrequentie / scores

# NVVC AF connect



Samen verbeteren wij  
de zorg voor hartpatiënten

**WAAROM  
MOEILIK DOEN  
ALS  
HET SAMEN KAN**

*Loesje*

# ECG in de eerste lijn

Ik kan op de praktijk een ECG (laten) maken?

1. Ja
2. Nee

Ik vraag zelf weleens een ECG aan?

1. Ja
2. Nee

# Wanneer is een ECG nuttig

1. Irregulaire pols
2. Trage pols
3. Stabiele angina pectoris
4. Hartkloppingen tijdens klachten
5. Verdenking Hartfalen

ECG bij AF:

1. Voorwaarde voor diagnose
2. Bij klachten (PAF)
3. Bij verdenking hartfalen



# Alternatieven voor 12 afleidingen ECG

- Kardia
- Smart watch
- Holter
- MyDiagnostick



Gedocumenteerde ritmestroom van  
minstens 30 seconden

# Auscultatie

Gebruik je wel eens een stethoscoop ?

1. Ja
2. Nee



Onderwerp	Actie	Wie
Klachten	Bespreken van klachten van AF of aanwijzingen voor hartfalen	POH
CHA2DS2VASc-score	Beoordeel patiënten die geen orale anticoagulantia gebruiken of er veranderingen zijn in relevante risicofactoren (leeftijd, co-morbiditeit)	POH
<u>Laboratorium onderzoek</u>	Digoxine: nierfunctie en kalium controle DOAC: nierfunctie	POH
Auscultatie hart	Controle ventrikelfrequentie	POH
Bloeddruk	Bloeddrukmeting: meet de bloeddruk handmatig of <u>oscillometrisch</u> . Neem het gemiddelde van 3 metingen.	POH
Contact	Adviseer patiënten bij iedere controle om contact op te nemen bij braken, diarree en/of intercurrente infecties; door een (tijdelijk) verminderde nierfunctie kan aanpassing van de dosering van orale anticoagulantia noodzakelijk zijn. Dit geldt vooral voor <u>DOAC's</u> , waarbij immers regelmatige controles van de stolling ontbreken.	POH
Therapietrouw	Uitleg medicatie en motiveren tot therapietrouw, zeker bij gebruik van DOAC	POH
Uitlokkende factoren	Evaluatie van uitlokkende factoren.	POH
Voorlichting en monitoring	Bespreken algemeen welbevinden, gezondheid en leefstijl. Voorlichting over ziekte, uitlokkende factoren, noodzaak periodieke controle. Herhaling voorlichting.	POH
IZP en persoonlijke behandeldoelen	Persoonlijke doelen evalueren, hierbij advies geven en samen individueel zorgplan opstellen/bijstellen	POH
Overleg huisarts	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>frequentie</u> &gt;110</li> <li>• <u>klachten</u> AF</li> <li>• <u>aanwijzingen</u> voor hartfalen</li> <li>• <u>afwijkend lab.uitkomsten</u></li> <li>• <u>onvoldoende</u> therapietrouw</li> <li>• <u>verandering</u> in CHA2D2VASc score</li> </ul>	POH/HA
Overleg cardioloog of kaderhuisarts HVZ	Zo nodig overleg met de cardioloog of kaderhuisarts hart- en vaatziekten.	HA/POH





## Polsdeficit

(deficio, ontbreken), het verschil tussen het aantal samentrekkingen der linker hartekamer en het aantal polsslagen, als niet alle samentrekkingen der kamer in staat zijn, een polsgolf te verwekken.



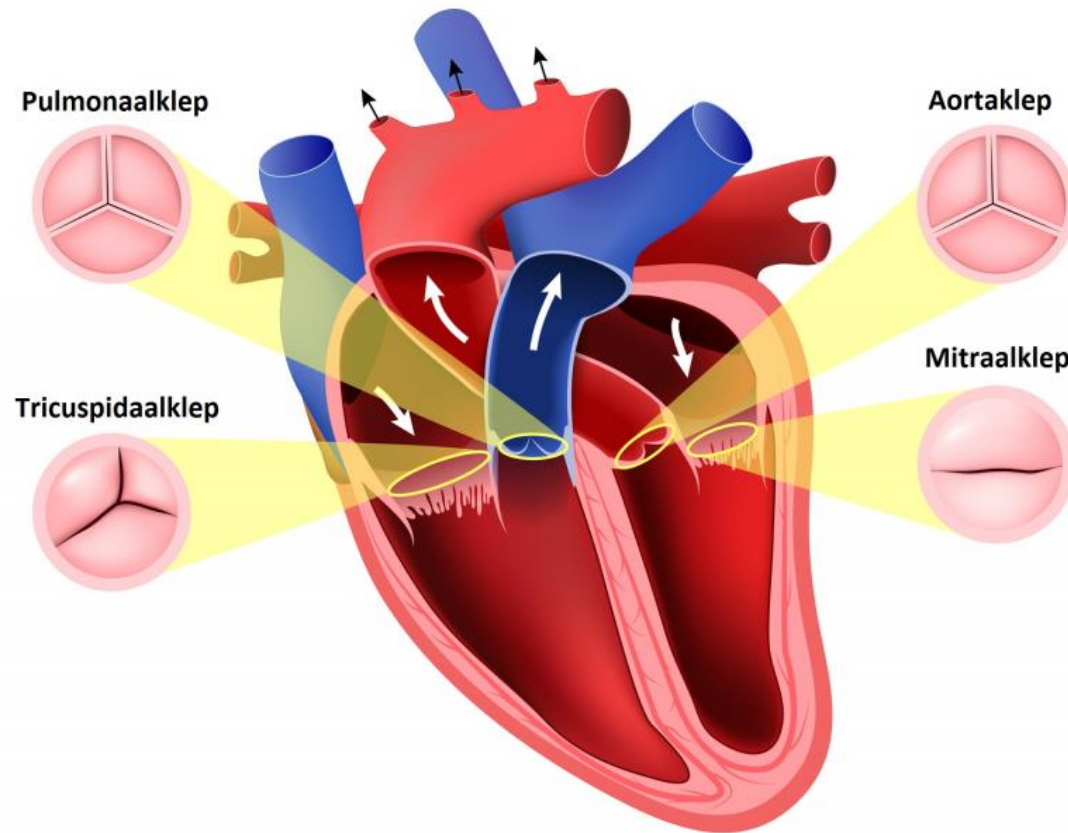
Sinusritme



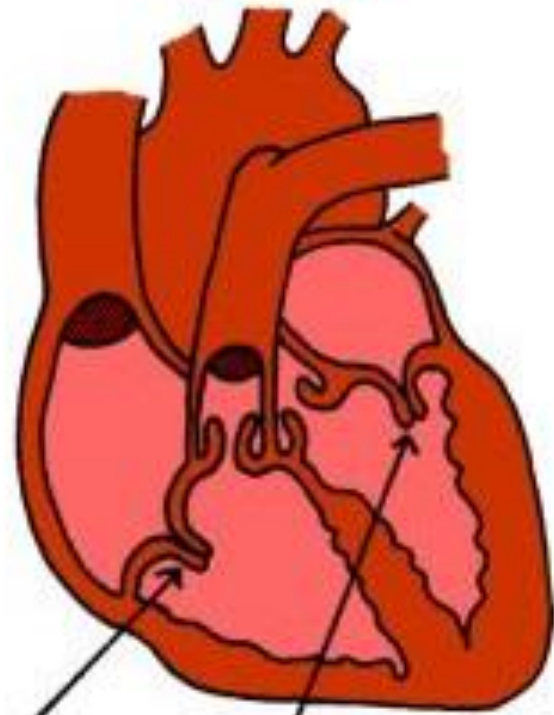
Atriumfibrilleren

irregulair en inequaal

# hartkleppen



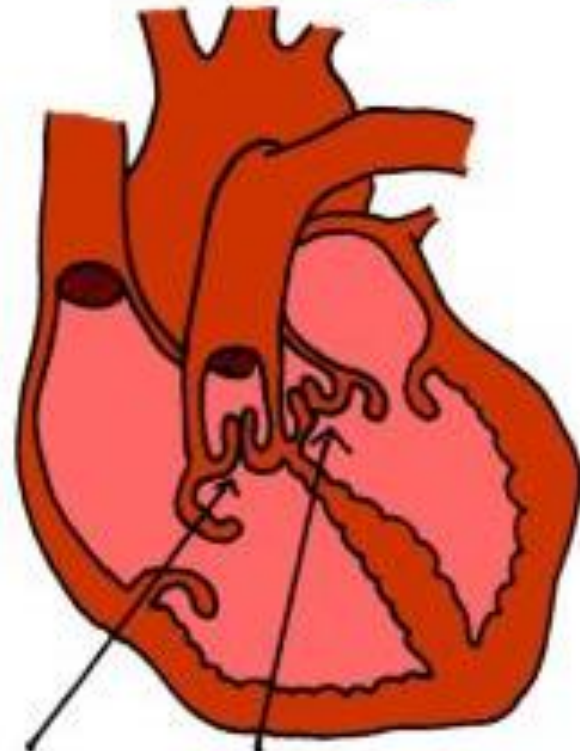
S<sub>1</sub>



Tricuspid & Mitral Valves Close

"LUB"

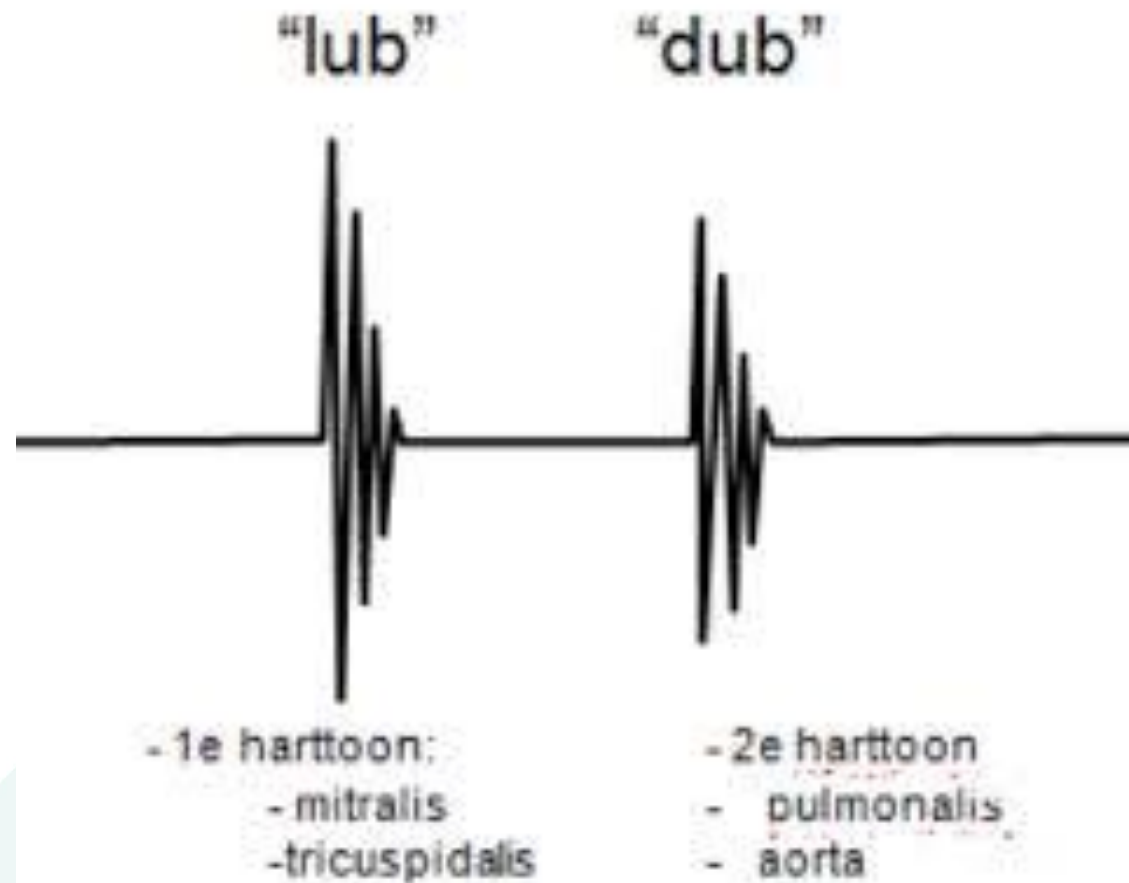
S<sub>2</sub>



Aortic & Pulmonic Valves Close

"DUB"

# Harttonen



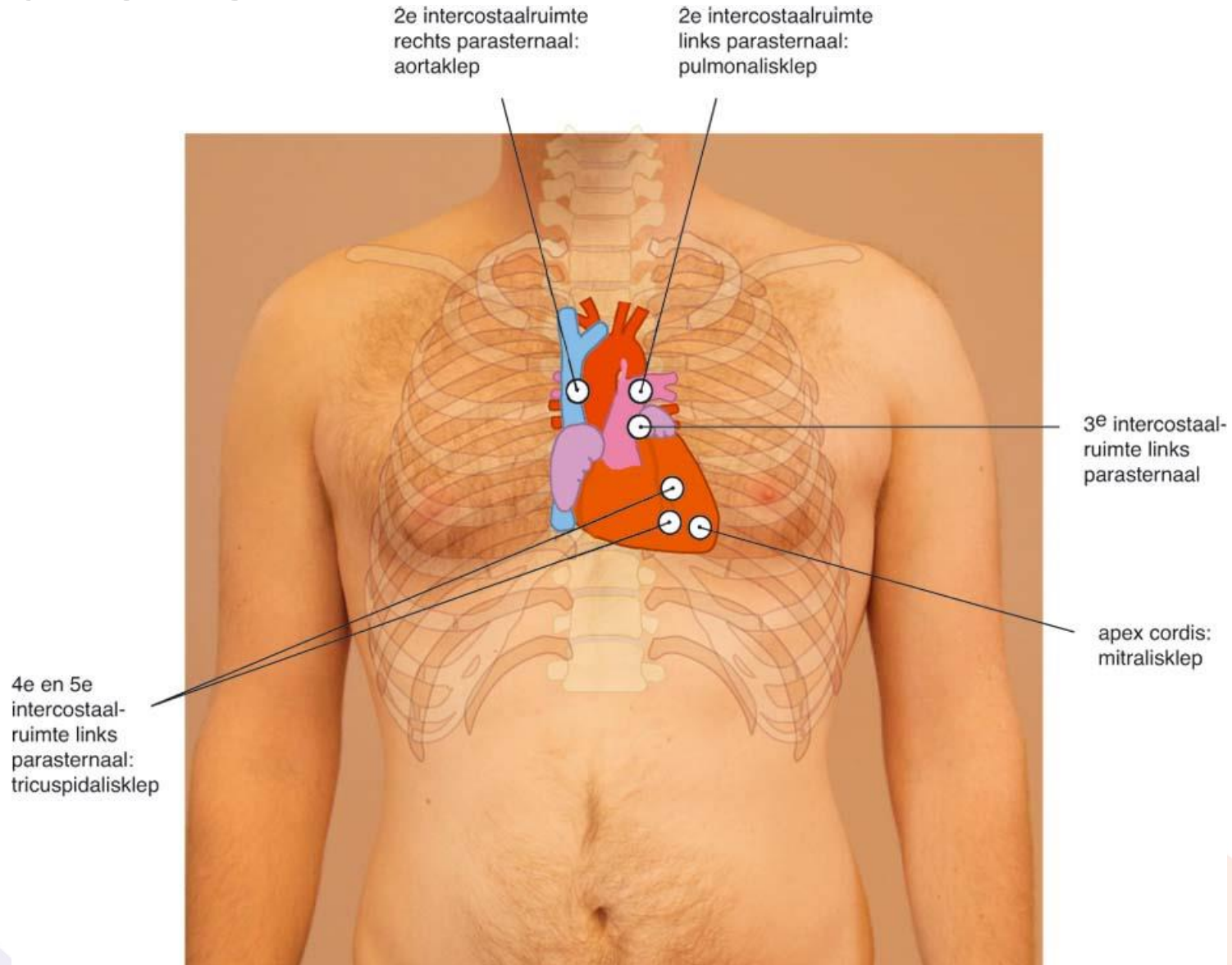
# Voorbeelden

- geluidsfragmenten





# Auscultatie



# Auscultatie van het hart

- Liggend of zittend
- 3e ic links
- Frequentie
- Tel tenminste 30 seconden
- Ritme
- Geruisen



# Practicum

- Alleen of twee aan twee
- Zittend
- Mondkapje!

HOE GING HET?

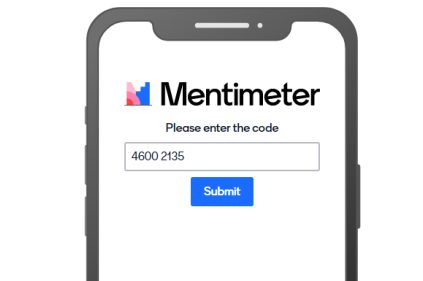
# Pauze

Om 19:15 uur gaan we weer beginnen

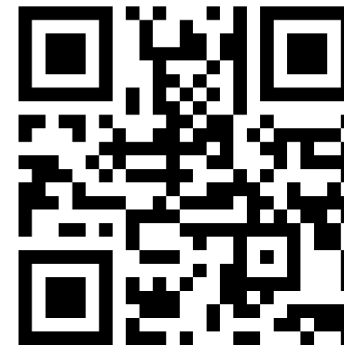
Heb je geen internet op je  
telefoon? Maak alvast connectie  
met de WiFi van het Dijklander

# Casuïstiek

Ga naar  
[www.menti.com](https://www.menti.com)



Voer de code in  
**4600 2135**



Of gebruik een QR code

Scholing 'atriumfibrilleren één jaar in de keten' -  
Mentimeter



 **DIJKLANDER**  
ZIEKENHUIS

Atriumfibrillerenpoli

# Voorlichting

Angstreductie

Therapietrouw/ medicatie

Leefstijl veranderen

Wat te doen bij nieuwe klachten

# Oorzaken/uitlokkende factoren

- **Alcohol->**
- **Overgewicht->**
- **Cafeïne->**
- Stress
- Drugs / medicatie
- Infecties
- Diabetes
- Stofwisselingsziekte  
Te hard werkende schildklier
- Ouderdom
- Hypertensie
- Hartafwijkingen
- Slaapapneu
- Longlijden
- Familiair
- Hormonaal
- Duursporten
- Onbekend





# Stoppen met alcohol

*Australische studie 2018;*

patiënten die 10 of meer glazen alcohol

per week dronken->

stoppen of drastisch minderen ->

flink minder episoden van AF in de 6 maanden daarna.

# Oorzaken/uitlokkende factoren

- Alcohol->
- Overgewicht->
- Cafeïne->
- Stress
- Drugs / medicatie
- Infecties
- Diabetes
- Stofwisselingsziekte  
Te hard werkende schildklier
- Ouderdom
- Hypertensie
- Hartafwijkingen
- Slaapapneu
- Longlijden
- Familiair
- Hormonaal
- Duursporten
- Onbekend



## Definitie voor overgewicht en obesitas:

*Bij overgewicht en obesitas is sprake van een abnormale of een zodanige overmatige vetstapeling in het lichaam dat dit aanleiding geeft tot gezondheidsrisico's.*

# Gewicht verliezen

Afvallen is bewezen effectief!

*Australische studie uit 2018;*

Patiënten met overgewicht die 10% of meer afvielen, was **88%** van persistent naar paroxysmaal of geen AF gegaan.

Die minder dan 3% afviel was dat slechts **26%**.

$$\text{BMI} = \text{kg/m}^2$$

$$65 \text{ kilo} / (1,70 \times 1,70 \text{ meter}) = 22,5.$$

<b>Classificatie, WHO</b>	<b>Overgewicht (kg/m<sup>2</sup>)/BMI</b>
<i>Normaal gewicht</i>	18,5-24,9
<i>Overgewicht</i>	25-29,9
<i>Obesitas I</i>	30-34,9
<i>Obesitas II</i>	35-39,9
<i>Obesitas III</i>	> 40

# Oorzaken/uitlokkende factoren

- Alcohol->
- Overgewicht->
- Cafeïne->
- Stress
- Drugs / medicatie
- Infecties
- Diabetes
- Stofwisselingsziekte  
Te hard werkende schildklier
- Ouderdom
- Hypertensie
- Hartafwijkingen
- Slaapapneu
- Longlijden
- Familiair
- Hormonaal
- Duursporten
- Onbekend



Hoe zit het dan met koffie?

# Wat te doen bij nieuwe klachten?

- Retour HA
- AF poli bellen (vragen of twijfel)
- EHH->



## Wat te doen bij atriumfibrilleren?

Herkenbare klachten?

nee

Neem contact op met uw huisarts

ja

Extra medicatie afgesproken?  
Zo ja: neem deze in

ja

1 uur na inname extra medicatie nog steeds klachten?

nee

ja

nee

Advies: dagelijkse bezigheden kunnen gewoon door gaan. Afspraken ongewijzigd.

Neem **TELEFONISCH CONTACT** op met de Eerste Harthulp tel:0229-208650.

De volgende vragen worden u gesteld:

- wat zijn uw klachten?
- hoe laat zijn de klachten ontstaan?
- welke medicijnen gebruikt u?
- gebruikt u bloedverdunners?
- hoe laat heeft u voor het laatst gegeten?

U hoort telefonisch:

- wat u moet doen
- wanneer u zich kunt melden (dit kan een andere dag zijn)
- waar u zich kunt melden.

Nuchter zijn betekent: om 6 uur 's ochtends een licht ontbijt, tot 2 uur voor opname nog helder drinken. Medicatie wel innemen volgens afspraak.



# Voor vragen of contact

Aanwezig op dinsdag en woensdag

Telefonisch spreekuur 14.30-15.30 uur

Mail: [atriumfibrilleren@westfriesgasthuis.nl](mailto:atriumfibrilleren@westfriesgasthuis.nl)

Per 26-10: [Atriumfibrilleren@dijklander.nl](mailto:Atriumfibrilleren@dijklander.nl)

Hartelijke Groeten Irene Deken en Wieteke Eijdenberg

# Consultatie kaderarts HVZ

Consultatieformulier op website!

## Consultatie en verwijzing

- De cardiologen in het Dijklanderziekenhuis (DLZ) zijn beschikbaar voor telefonische consultatie.
- Voor het beoordelen van in de huisartsenpraktijk gemaakte ECG's bieden de cardiologen Tele-cardiologie aan via Zorgdomein.
- Verwijs patiënten met AF:
  - bij een leeftijd < 65 jaar;
  - indien de patiënt de voorkeur heeft voor analyse en behandeling van AF in de tweede lijn dan kan de huisarts verwijzen naar de AF-poli;
  - bij patiënten met een verhoogd risico op een beroerte en een absolute contra-indicatie voor orale anticoagulantia;
  - bij een ventrikelfrequentie < 50 zonder frequentie verlagende medicatie;
  - bij persisterende klachten ondanks adequate ventrikelfrequentie;
  - bij onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie door digoxine en bètablokker;
  - bij onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie ondanks gebruik van twee frequentie verlagende middelen;
  - bij vermoeden van een hartklepafwijking en/of hartfalen (eventueel na echo-diagnostiek in eigen beheer);
  - bij aanwezigheid van het Wolff-Parkinson-White syndroom of wanneer in de familie plotse hartdood voorkomt;
  - bij paroxismaal AF, wanneer de patiënt medicamenteuze behandeling ter preventie van aanvallen of vermindering van het aantal aanvallen wenst.

# Take Home

- Voorlichting belangrijk
- Consultatie AF-verpleegkundige:
  - Tel:
  - E-mail: [atriumfibrilleren@dijklander.nl](mailto:atriumfibrilleren@dijklander.nl)
- Consultatie kaderhuisarts:
  - [bvanoostendorp@ketenzorgwf.nl](mailto:bvanoostendorp@ketenzorgwf.nl)
- Gebruik de behandelrichtlijn!
- Registreren aub!

# Evaluatie

## Evaluatieformulier

- Scan de QR-code of

Ga naar <https://www.ketenzorgwf.nl/?p=4032>

Alvast bedankt voor het invullen en hopelijk tot snel bij een van onze scholingen.